

支給金額	円
------	---

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号番号	岡 3 0 3 -		
被保険者 (死亡者) 氏 名	フリガナ	年齢	
		申請人との 続柄	
死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の場所	
死亡の原因		葬祭年月日	平成 年 月 日
申請金額	円	備考	

(組合員100,000円, 家族70,000円)

※ 申請には「死亡診断書の写し」を添付してください。

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

〒

世帯主 (組合員) 住所

(本人死亡の場合は申請者)

氏

名

印

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長

殿

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。(死亡された方の口座は振込みできません。)

銀 行

店
支店

1. 普通 口座番号

信用金庫

出張所

2. 当座 フリガナ

農 協

支所

3. 名義人

印

預金種目
